

37-3

Memoria  
para  
el grado de Doctor en Medicina.

Del Trauma y sus lesiones consecutivas  
por  
Pablo González Muñoz

Año 1902

A los Señores Catedráticos que forman el  
tribunal.

Respetables Maestros. A ser en materia oftalmolo-  
-gía algo mas abundante mi, en todo escasa, expe-  
-riencia clínica, se debe el que yo haya elegido el pre-  
-sente tema para mi memoria del doctorado.

Excepto algunas de las operaciones quirúrgicas, todo  
lo que en mi memoria describo, he podido observarlo re-  
-petidas veces. Son pues hechos, que aunque en su ma-  
-yor parte sean conocidos hace mucho tiempo, han si-  
-do comprobados por mi directamente en la clínica.

Suplico pues benevolencia para mi modesto trabajo, pro-  
-metiendo acometer empresas de mayor importancia, así  
que mis conocimientos me lo permitan.



Definición El tracoma ó granulación es una neoplasia específica, de marcha crónica, contagiosa e inoculable.

Etiología. Podemos clasificar las causas del tracoma en primaria y secundarias. La causa primaria es indudablemente un ser vivo, un microorganismo, como lo demuestra su propagación por contagio y la inoculación experimental.

Ahora bien el microbio que Sattler señala, el año 1881, en el tejido de la granulación y que Goldschmidt y otros cultivaron no puede afirmarse sea específico pues el mismo Sattler, algún tiempo después, declaró en el congreso de Heidelberg de 1888, que los ensayos de cultivo por él realizados no le habían satisfecho y que las tentativas de inoculación rara vez habían sido seguidas de éxito.

Miquel aisló un diplococo, parecido al de Neisser productor de la blenorragia, coloreable por los colores

-lores básicos de amilina, hizo ensayos de inoculación en animales, con buen resultado, se formaron folículos análogos a los del tracoma y en su interior se encontraron cocos, idénticos a los que para la inoculación habían servido.

Koch, durante su estancia en Egipto, estudió también esta cuestión encontrando un diplococo perfectamente análogo al de Neisser. Demos, pues, que esta aun en duda este punto y aun hay oftalmólogos que no se atreven a afirmar que la granulación deba su especificidad y propiedades contagiosa a un microorganismo.

Hasta nuevos descubrimientos que confirmen o anulen los anteriores, no pueden ser mirados como el elemento específico de la granulación los gérmenes descritos por Sattler, Miquel, Goldschmidt y Koch. Sin embargo debe ser considerado el tracoma como un producto neoplásico maligno e infeccioso, bajo tal punto

-lo de vista se parece al tuberculo pero mientras es -  
-se degenera en grasa y acaba por obrar como cuer-  
-po extraño, las masas celulares de la granulación  
-tienden a organizarse en tejido conjuntivo y dejan  
-después una cicatriz retráctil. De Decker hace notar  
-la analogia en este punto con el goma

En cuanto a las causas secundarias podemos sub-  
-dividirlas en Predisponentes y Determinantes.

Causas predisponentes son; mala alimentación,  
permanencia en locales poco ventilados, miseria  
fisiologica, temperamento linfatico, aglomeración  
en asilos, cuarteles, hospitales, barrios etc. La dia-  
-tesis escrofulosa que algunos indican como predis-  
-ponente no lo es, a nuestro juicio, más que tantas  
-otras enfermedades que actúan debilitando al  
organismo, y favoreciendo de este modo su inva-  
-sión. Advertiremos con todo, que el tracoma se pa-  
-dece hasta por los más robustos.

4

La edad predispone desde el momento en que es la enfermedad que nos ocupa mucho más frecuentemente en los adultos. También se ve en los niños si bien yo no he tenido ocasión de apreciarla en los menores de 6 años. El padecimiento, por parte del ojo ó de sus anexos, de cualquier otra dolencia debe considerarse como predisponente. Parece ser el patrimonio de ciertos países calidos y húmedos pues en ellos existe preferentemente de manera endémica pero también se encuentran casos en regiones de condiciones climatológicas bien distintas.

Causas determinantes. El contagio, ya directo, ya por el intermedio de objetos usados para la limpieza ó las curas, es siempre la causa. Siendo esta enfermedad muy frecuente en las clases pobres, entre las que la limpiadera no es muy frecuente, muy a menudo se encuentran varios granulosos en la misma familia. Hoy se migra el contagio por medio

del aire. Se afirma que las moscas pueden ser portadoras del virus traumático.

Para que se vea la confusión que acerca de la etiología de la conjuntivitis granulosa existe diremos, que hay quien creé es dependiente de un estado diaférico, quien la identifica con la blenorragia ocular diciendo que el tracoma es muchas veces su consecuencia y que solo se trata de diferencias de intensidad en el proceso. Respecto de esta ultima opinión haremos constar que en efecto las exacerbaciones, bastante frecuentes, de los procesos granulosos presentan síntomas parecidos a la conjuntivitis blenorragica. Además habiendo encontrado en la recracha prurulenta un microorganismo análogo al de *Cleisser*, parece ser que en efecto tal opinión es fundada. La enfermedad se presenta bajo las formas, epidémica y endémica. En Egipto donde es sumamente frecuente esta enfermedad, por lo que se la ha llamado

-do oftalmia de Egipto, existe desde hace mucho tiempo en estado endemico pues ya fue estudiada por el baron Larrey, celebre cirujano militar francés, durante la expedicion de Bonaparte à Egipto. La conjuntivitis gramlosa se desarrolla con mayor facilidad en los paises donde existe el paludismo endemicamente, y por el contrario es rara en las localidades muy elevadas. ¿Actuará el paludismo como causa predisponente debilitando al organismo, y preparandolo así un terreno propicio al parasito? ó bien ¿Las causas que favorecen el desarrollo del protozoario de Laveran actuan tambien favorablemente sobre el hasta ahora desconocido, microbio trachomatoso?

Frecuencia. El todo el que asiste algún tiempo a cualquiera de las consultas de oftalmologia le sorprende el enorme numero de gramulosos que a ellas concurren. Baste para comprobar esta

afirmaciones, el cálculo hecho por el eminentísimo profesor Dr. Mansilla, en su estadística de los enfermos atendidos de 1894 a 1900. Dice así: « Sumando todos los grupos de enfermos de conjuntivitis y los de queratitis granulosas, resultan 2,882 casos de tracoma, que en relación a la cifra de 14,554 de enfermos observados, resulta la proporción de 19,5 por 100. Igualmente incluimos para obtener dicha cifra de 2,882 los casos de triquiasis, entropion, simblefaron y blefarofimosis que casi todos ellos pueden considerarse como enfermos granulosos, pues dichas afecciones acompañan o siguen casi siempre a la conjuntivitis granulosa. » y añade: « la proporción de 19,5 por 100 de granulosos la consideramos como la más apropiada a la verdad, según hemos comprobado en estadísticas anteriores. Es una cifra bastante elevada que revela una verdadera plaga, contra la que debieron adoptarse medidas higiénicas para con seguir

- seguir su extinción»

Anatomía Patológica. La veroladura granulacion, ó tracoma, forma una pequeña masa redondeada, cuyo diámetro varia de  $\frac{1}{2}$  milímetro a 1 mm, desprovista de su envoltura propia se ve está constituida por un montón de células linfocíticas que se agrupan sobre todo en la periferia. En su base hay un estroma celular y vasitos cuyas ramificaciones se estienden en la masa de las células y hasta por debajo del revestimiento epitelial que pasa por encima de la granulación; la ramiificación de estos vasos explica el color sonrojado que presentan al principio las granulaciones, pero a medida que evolucionan la vascularización disminuye, las células se desarrollan, y la masa forma un matiz gris; llega un momento en que la granulación es invadida por masas de tejido conjuntivo que sustituyen a las células. La granulación

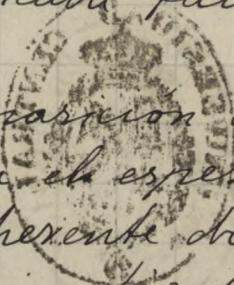
se borra entonces.

Los islotes formados por las gramulaciones están limitados por surcos poco profundos, son irregulares y no están alineadas.

En suma podemos decir que la gramulación es una elevación de la conjuntiva, formada de células embrionarias que en su base ó punto de implantación presenta muchos vasos de nueva formación y cuya superficie está cubierta de epitelio pavimentoso.

Síntomas Curso y Terminaciones. Sumamente raro es el que veamos enfermos que nos consulten al principio del proceso grumoso, cosa explicable fácilmente por ser insidiosos sus comienzos.

La enfermedad empieza por la aparición de las gramulaciones estas se desarrollan en el espesor de la conjuntiva, al nivel del borde adherente del cartíago tarso y en el fondo de saco conjuntival del párpado superior, la forma de islotes conque se



se presentan queda ya descrita en la anatomía patológico.

Existe en este primer periodo, que pudieramos llamar catarral, una secreción abundante, análoga a la de la conjuntivitis purulenta. Despues el párpado se pone pesado y cae constituyendo la semiostosis tracimata-tosa, muy característica, y que da al enfermo un aspecto somnoliento. Levantado el párpado se ve la mucosa faríngea enrojecida cubierta de granulaciones que se extienden hasta el fondo de saco que está hipertrófiado; se constituye entonces el periodo proliferante. Todo esto se acompaña de molestias que se comparten por el enfermo a las que produciría un cuerpo extraño, análogo a la arena, alojado entre el párpado y el globo ocular, de fotofobia ligera y de una secreción, menos abundantada que al principio pero que hace que el enfermo se encuentre al despertar con los párpados pegados. La ptosis se hace más

- marcada, cosa que obliga al enfermo a echar hacia  
atras la cabeza cuando mira delante de si. Cuando  
la enfermedad tiende a la curación los tejidos se re-  
- traen, el tarso queda surcado por líneas amarillentas  
horizontales, los fondos de saco se borran, a veces se atro-  
- fían por completo dando por resultado la perosis.  
Distinguen a este periodo la regresión de las masas  
neoplásicas y la retracción cicatricial consecutiva.  
Las grumlaciones tienen un aspecto carnoso, son  
redondeadas de color rojizo o amarillo, a veces rojo o gris  
amarillento segun su antiguedad; cuando se ponen  
transparentes, cosa que sucede en un periodo ya algo  
avanzado de la enfermedad, se comparan bastante  
exactamente a granos de tapioca cocida. Abordie  
clasifica las conjuntivitis grumlosas en 1º Benig-  
- nas grumlaciones raras, sintomas subjetivos poco  
marcados. 2º Difusas fondos de saco llenos de grum-  
- laciones, mucosa engrosada 3º Graves conjuntiva bul-  
— bar

- bar y cornea invadidas.
- Es raro que la conjuntiva no termine por inflamarse al cabo de algun tiempo y que las papilas no se hipertrófien, rodeando a las granulaciones y constituyendo lo que se llama granulaciones mixtas.
- Las exacerbaciones a que da lugar esta hipertrófia inflamatoria, produce una especie de conjuntivitis purulenta La conjuntiva bulbar se vasculariza y finos vasos avanzan bajo el epitelio del limbo corneano e invaden la parte superior de la cornea, pronto se observa un deslustrre de esta membrana limitada a dicha parte superior, deslustrre que por si solo permite a veces hacer el diagnóstico de las granulaciones sin necesidad de volver el parpado. La conjuntiva bulbar puede edemar engrosarse y resasiento de granulaciones.

Poros a poco se constituye un panus que invade a veces toda la conjuntiva ocular y recubre la cornea, los fenomenos de reacción son entonces muy marcados

el dolor es vivo, hay fotofobia y todos los signos de una oftalmia grave que repercute hasta las partes profundas del globo ocular. A menudo se producen ulceras de la cornea que pueden terminar por la perforación, produciéndose entonces, consecutivamente, hermias del iris. Cuando la cornea escapa a tan graves lesiones, y no se forman estafilomas, recobra más tarde su transparencia pero queda, a consecuencia de las opacidades subsiguientes a las ulceraciones, cierto grado de astigmatismo irregular.

No es raro el ver seguir a las ulceraciones, procesos supurativos y abscessos cosa que nada tiene de extraordinario atendiendo a que la descamación del epitelio corneano permite la entrada de los gérmenes de la supuración, que no suelen estar muy lejos, pues la clariocistitis supurada es enfermedad frequentísima en las clases de la sociedad en que el tracoma se ceba. Escusamos decir la gravedad de los abscessos

del hiopofion etc que entonces se forman, cosas todas que sino acarrean la perdida total de la visión, y aun del globo ocular por hacerse precisa la emulsión, al menos dificultan extraordinariamente la clara percepción de los objetos pues a menudo queda la vista opacificada en su casi totalidad.

Por fin entran las granulaciones en el periodo regresivo y cicatricial, se vuelven grises y retráctiles. La retracción que se produce, a consecuencia de esto, en la cara interna del cartílago, retracción a la que en ocasiones contribuye un tratamiento demasiado energico, es causa de lesiones consecutivas, que reclaman una intervención operatoria, y que describiremos mas adelante.

Se ve entonces, levantando el parpado, la cara interna del cartílago farso llena de surcos, paralelos al borde libre, distantes de el varios milímetros. La conjuntiva palpebral esta blanquecina o

consecuencia de la cicatrización. El cartílago faríngeo se <sup>15</sup> deforma y encorva hacia adentro, los glándulas de Meibomio desaparecen por atrofia, los folículos pilo-  
-ros se desvian ó atrofian, resultando de todo ello cam-  
-bios considerables en la conformación del párpado, en-  
-tropion, triquiasis y a veces simblefaron, la desografi-  
-ción de la conjuntiva atrofia ola determina perosis,  
la de los folículos pilosos madorosis, las vías lagrima-  
-les también sufren se desvian los puntos lagrimales  
causando epiforas y a veces la mucosa del saco y el  
conducto nasal son invadidos por granulaciones.

Abandonada la enfermedad persiste muchos años  
si las granulaciones han sido pocas las cicatrices  
no producen las deformidades que hemos descrito.  
La resolución espontánea del tracoma es rara, so-  
lamente puede ocurrir cuando va acaecer un proceso  
supurativo. Entonces se ve al párpado reabrobase y  
aclararse la cornea siempre que su parenquima no  
sea asiento de lesiones graves. Este ha sido el hecho

en que se han fundado los oftalmólogos para emplear el jequirity y la inoculación blenorragica, hoy desacreditados y sustituidos por la peritonina de que hablaremos al ocuparnos del tratamiento.

Es sumamente raro el que el tracoma tratado convenientemente, medicamente en los comienzos de la enfermedad, quisirgicamente si el proceso se ha hecho crónico, pueda llegar a producir lesiones tan graves como las descritas ni deformidades cicatriciales como las que anteceden. Se trata sin embargo de una enfermedad sumamente rebelde y en la que las recaídas son extremadamente frecuentes.

Diagnóstico. Es casi siempre sencillo. Basta volver el párpado para ver las manifestaciones con los caracteres que al hablar de la anatomía patológica hemos descrito. Dejamos también indicado el aspecto particular que presentan los graves. Los caracteres por los que se distingue

-tio de la granulosa. Pero en ciertas ocasiones se ven coexistir en un mismo parpado las granulaciones verdaderas, la hipertrófia de las papilas y la de los folículos cerrados. En tal caso el diagnóstico diferencial es imposible atendiendo a los caracteres de las eminencias conjuntivales, pero fácil atendiendo a los restantes síntomas objetivos y subjetivos.

En resumen siempre que se presente un enfermo con remuptoris del parpado superior, trastorno de la visión y ligeros síntomas irritativos debemos volver el parpado y examinar los fondos de saco, obrando de este modo no evitaremos en la inmensa mayoría de los casos gastar tiempo y trabajo.

Profilaxis. Dado el carácter que tiene esta enfermedad, eminentemente contagioso, se comprende fácilmente la importancia que la profilaxis tiene. En efecto se ha hecho celebre esta afección por su carácter epidémico, de una tremenda

19

intensidad en determinadas ocasiones. Las bajas producidas por la oftalmia gramlosa en los ejércitos Belga y Frances, al comienzo y mediados del pasado siglo, fueron innumerables y no tardó entonces en transmitirse a la población civil por la funesta medida de licenciar a los soldados afectos.

Con igual óparecida intensidad e identicos resultados, reina esta enfermedad entre la población penal, en los hospitales, asilos, hospicios etc. Y con todo, la profilaxis no puede ser más sencilla. Basta que el facultativo, encargado de la asistencia en tales establecimientos, tenga un cuidado constante y apenas se encuentre un tracomatoro le destine a la enfermería. El aislamiento de los individuos enfermos es pues la primera condición. Pero como muy bien pudiera suceder, y de hecho sucede, que la enfermedad fuere desconocida en su principio por el enfermo, dada la poca intensidad de los síntomas, habremos de procurar que el contagio no

no se realice en tales casos. Sabemos que el modo más frecuente de propagarse estas y otras dolencias oculares, es por la utilización en común de las mismas toallas, de la misma agua etc. es decir por intermedio de las cosas que se emplean como medios de aseo, de aquí el que a esto dediquemos preferente atención. Así lo hace el, ya citado, Dr Mansilla, encargado del servicio de oftalmología del Hospital y Colegio de Desamparados de esta corte, el cual alarmado por el crecido número de enfermos de tracoma que en dichos establecimientos existían, elevó al Exmo Sr Presidente de la Diputación Provincial una exposición en la que, y de modo infinitamente mejor del que yo puedo hacerlo, indica las reglas higiénicas pertinentes (al caso), insistiendo en la importancia de establecer suficiente número de toallas y lavabos para que cada anciano tenga los suyos, e indica la conveniencia de que la limpiera se haga con agua corriente de modo que

el agua que ha servido para que uno se lave no se utilice por nadie mas. Sistema es este que yo he visto puesto en practica en algunos cuarteles de Francia y de Suiza.

No es necesario el recomendar a los profesores, pues de sobra lo saben, el mayor esmero y limpieza respecto a las manos y medios de cura para que no puedan convertirse en propagadores de tan grave dolencia.

Los resultados que con tales medios se alcanzan parten con creces los desvelos y contrarieclos que los facultativos, celos de su obligación, han de sufrir necesariamente por ser infinitos los obstáculos que a las mas sencillas medidas, aun tratándose de cuestiones de la importancia de las higienicas, suelen oponerse en cuarteles, hospitalares, asilos, escuelas etc. La alimentación, cosa de tanta importancia

para el soldado y mayor aun para los asilados y presidiarios que llevan una vida menos higiénica, es indudablemente un factor que ayudara, procurando la mayor robustez del individuo, a desfear al tronco de los sitios en que habitualmente responde.

Tratamiento. Nos ocuparemos primero del tratamiento de las granulaciones pasando despues a describir el de las complicaciones y lesiones consecutivas. Podemos dividir el tratamiento en 1º medicos y 2º quirurgico.

Tratamiento medio. El glicerolado de cobre aplicado con un algodon sobre el parcheado y los fondos de saco, todos los dias o cada dos segun la reacción producida, da buenos resultados. Cuando hay pocas granulaciones se puede emplear el lapiz de sulfato de cobre de acción mas lenta.

cobre, cuya formula puede ser

De sulfato de cobre 1 gramo

Glicerolado de almidon 10 gramos,

de poderse emplear aun cuando existan erosio-  
nes corneas.

El resultado debe ser, el producir una vasculariza-  
ción de las granulaciones que acelere su organiza-  
ción en tejido conjuntivo. Suele a veces que des-  
pues de mejorar el estado de los parpados las cante-  
raciones cupricas son ineficaces, reemplazase enton-  
ces el glicerolado por el tanino al 1 por 10 con una  
solución de acetato de plomo en igual proporción.  
El empleo del acetato debe evitarse si hay descama-  
ción de la cornea. El tanino en los estados crónicos  
empleado al 3 por 100 de agua es un astringente  
mejor.

El nitrato de plata es un medicamento que propor-  
ciona los mejores resultados, en la proporción

de 3 de nitrato por 1000 de agua, cuando el catarro conjuntival inicia el proceso, y mas adelante en soluciones mas concentradas hasta emplearlo al 1 por 100. Tambien puede emplearse en forma de glicerolado.

Glicerolado de almidon      5 gramos  
 Nitrato de plata      15 gramos

debemos indicar que en los casos en que se presenta una queratitis supurada hay que tener mucha cuidado con el uso del nitrato de plata, debiendo combatir la complicacion corneana por medio de la atropina, instilada 3 ó 4 veces por dia.

El nitrato de plata ademas de su accion microbicida, facilita la eliminacion de la capa epitelial y por la retraccion vascular, que sigue a la dilatacion, favorece la reabsolucion de los exudados. El alumbre combinado con el sulfato de cobre y el nitrato de plata ha sido empleado por el profesor

-fesor Mr Panas el que dice obtener excelentes re-  
-sultados cauterizando las granulaciones con un  
lapiz de cristal de alumbre bien afilado y liso.

El Dr Fromont preconiza la tintura de iodo  
Los lavatorios frecuentes con disoluciones de subli-  
-mado al  $\frac{1}{2}$  por 1000 o de acido borico son buenos  
coadyuvantes del tratamiento medico

Tambien se usa el protargol en disolucion al 10  
por 100.

No esta de mas el empleo de tonicos y reconstitu-  
-yentes, la estancia en el campo etc sobre todo  
si se trata de ninos escrofulosos.

Tratamiento quirurgico. Colocaremos a la cabe-  
-za el raspado, de antiguedad reputable y aun  
mas respetable si se considera que el mismo  
que lo aconseja es Hippocrates. A pesar de su  
antiguedad aun sigue hoy empleandose sibien  
de un modo muy distinto del regineto por aquel

celebre medico.

Sattler, medico de Praga, despues de cloroformizar hace el raspado completo de los 2 párpados con la cuchilla cortante y si el proceso inflamatorio es violento emplea antes un tratamiento de toques alternos de sublimado y nitrato argentico, ademas y como tratamiento consecutivo aconseja los toques con sublimado, sulfato de cobre y tanino.

Tambien puede practicarse el raspado ó brochado, (grossage ó roulage de los franceses) valiéndose de una brocha ó muñeca hecha con gasa esterilizada y empapada en una disolución de sublimado terminando la operación con toques de nitrato de plata. Este tratamiento se combina en ocasiones con las escarificaciones hechas a modo de cuadrículas, es decir unas verticales al borde libre del párpado y otras horizontales al mismo.

Tambien se ha empleado para destruir las granulaciones

-nulaciones la electrolisis de los surcos previamente he-  
chos por las escarificaciones.

Un medico militar italiano, el Dr Mariano, ha prac-  
ticado la picadura de las granulaciones con una lan-  
ceta especial, piramidal y muy aguzada.

El masaje promovido por Pagenstecher y Costo-  
myris ha sido empleado recientemente por Kirnission  
El termocauterio, que Korn de Breslau fue el primero  
en usar para la curacion de esta enfermedad el año  
1870, se emplea con buen exito.

Drausart defiende las inyecciones subconjuntivales  
de sublimado al 1 por 1000 combinadas con el raspado  
y escarificaciones.

La escision de las granulaciones, practicada tan anti-  
gora como el raspado, y modernamente empleada  
con diversos resultado es rechazada por De Wecker  
y Landolt que dicen « todo tratamiento que ataque  
directamente a las granulaciones es malo »

Tambien se han empleado el aplastamiento y la compresion de las granulaciones.

Sapejko y Noiszewski, medicos en St Petersburgo, han empleado un tratamiento del trauma consistente en el trasplante de la mucosa bucal.

Describiremos el procedimiento seguido por Sapejko en 8 casos. Comienza por escindir la comisura externa del ojo, despues a traves del borde libre de los párpados pasa cuatro hilos, dos para cada párpado, cuyos hilos se entregan a dos ayudantes que juntan, tirando de ellos, volver los párpados transformando asi la superficie desigual de los párpados invertidos en un espacio completamente.

Se procede entonces a la disección de la conjuntiva dejando alrededor de la cornea una zona de conjuntiva de 2 milimetros de anchura destinada a fijar el colgajo de la mucosa bucal. Se comienza la reparacion por la conjuntiva bulbar

cora facil por existir en este sitio tejido submucoso. Cuando se llega a cerca del borde superior del tarso se escinde la conjuntiva al mismo tiempo que una capa del tarso para lo que se introduce una espátula de Egger bajo el párpado invertido, con lo que puede operarse sin temor en la superficie profunda del tarso.

Cuando los dos fondos de saco conjuntivales han sido destruidos, se diseña primero un colgajo de la mucosa bucal, suficiente para cubrir el párpado superior, el colgajo se fija por un lado, con cinco puntos de sutura, al borde de la zona conjuntival que se dejó alrededor de la cornea y por el otro lado, con diez puntos de sutura por lo menos, al borde del párpado. Se diseña entonces sobre la mucosa bucal un trozo más pequeño para el párpado inferior.

Para formar los repliegues del fondo de

saco conjuntival se hacen dos suturas en cada al nivel de cada repliegue.

Las dimensiones del colgajo deben corresponder a las de los párpados invertidos y tensos después de disección la conjuntiva. Al lado de los angulos del ojo en donde los dos colgajos se tocan se ponen tres puntos de sutura en cada uno.

La operación como se ve, es complicada y peligrosa, pues si el colgajo bucal se mortifica queda el ojo sin conjuntiva y las consecuencias son desastrosas. La nutrición de la cornea se compromete y el ojo y los párpados quedan entorpecidos en sus movimientos. A pesar de esto hemos descrito la operación para demostrar la rebeldía de la enfermedad que ha hecho buscar a los cirujanos tratamientos lo más radicales posible.

Damos ahora a hablar de otro tratamiento que ha tenido y tiene entusiastas defensores

y enemigos convencionales; me refiero a la extirpación de los fondos de saco.

Galegoleski que se encuentra entre los partidarios de esta operación, que viene practicando desde hace mucho tiempo, afirma que para que la escisión de los fondos de saco conjuntivales dé buen resultado es preciso, que la escisión no comprenda más que la conjuntiva, que se prolongue lo más lejos posible hacia los dos ángulos, que no interese altarse. El modo de practicarla operación es como sigue; después de anestesiado el ojo por la cocaína (puede emplearse la solución al 4 por 100 de la que 3 ó 4 gotas producen una anestesia completa en 5 minutos, según he podido observar) o bien si no se tiene confianza en que ha de estar quieto el enfermo, cloroformizando previamente, se cierra el párpado superior y sujetarlo con una pinza especial, llamada pinza para granulaciones,

se coje el fondo de saco conjuntival y se tira de él hacia afuera tratando, en lo que sea posible, de dejarlo sobre el cartílago tarsio. De sostener esta pinza se encarga un ayudante, y entonces el operador comienza la disección de la conjuntiva, primero en su límite bulbar y después cerca de su borde tarsiano. La incisión posterior no debe reparar el espesor de la conjuntiva. La disección de la conjuntiva cerca del borde tarsiano, por delante de la pinza, debe hacerse con mucho cuidado, para no interesar el tarsio ni lesionar la conjuntiva bulbar. accidentes que podrían traer complicaciones.

Procede, Galezowski, de igual modo en los dos paradas y una vez controlada la hemorragia y limpia el ojo coloca sobre el compresas frías. Pasados tres días se sigue el tratamiento habitual de lansonizaciones, y a los dos ó tres meses dice obtener curaciones radicales y por lo menos mejorias muy marcadas.

Se alega en favor de esta operación, el que nunca va seguida de entropión si se tiene cuidado en no lesionar los tarsos. Que aunque parece que después de la escisión, el borde del tarsos puede adherirse a la conjuntiva bulbar, cuando se hace a tiempo queda en el fondo de raro bastante conjuntiva para que los movimientos del ojo no queden entorpecidos. Además, la cicatriz que se produce es lineal insignificante y no da nunca lugar a brasadas cicatriciales. Si hay hemorragia ni otra complicación que un ligero edema del párpado que a lo mas dura dos ó tres días. Affordie, Brachet, que cita un caso en que la curación definitiva pudo comprobarse pues ~~hizo~~ <sup>una</sup> ocasión de ver al enfermo 3 años después, Parisotti que cita 15 casos seguidos de curación, Sneller y Kuhnt, de Königsberg, que la han practicado en Alemania empleando la Kuhnt para

los casos en que siendo ineficaz el tratamiento médico se hace necesaria una intervención quirúrgica.

En pesar de la defensa que tan notables oftalmólogos hacen de este procedimiento curativo, es innegable que con él se altera profundamente la constitución de uno de los más importantes anejos del globo ocular y que más tarde ó más temprano se producen graves trastornos, de los que quizás sea el menor, el gran entorpecimiento que el ojo encuentra en sus movimientos, cosa que existe positivamente aunque lo niegue Jolezowski.

### Tratamiento de las complicaciones del traumatismo y de las lesiones o el consecutivas.

La queratitis aguda que, muchas veces, aparece al principio de la enfermedad, cuya causa se atribuía anta al roce mecánico y hoy a la infección, transmitida de el parojo, se tratará con la atropina y la oclusión del ojo. En ocasiones

basta curar la granulación, para que la queratitis desaparezca, pues así, quitada la causa desaparece el efecto.

El pannus que puede ser, según su intensidad, ó teme i craso, y cuya etiología y anatomía patológica dejamos explicadas, se ha tratado por el jequirity y la inoculación hemorrágica fundándose en casos de curación espontánea cuando al proceso traumático se ha sumado una conjuntivitis purulenta. Hoy se rechaza el procedimiento por peligroso y se ha sustituido por la peritonitis, es decir escisión de la conjuntiva bulbar alrededor de la cornea, con las tijeras i el galvanocanterio, propiciando con esto la reabsorción de los vasos neiformados que recubren la cornea.

Cuando se forman ulceraciones corneanas no es raro el ver formarse abscesos i hipojun producidos por la infección de la cornea, pues perdió

la barrera epitelial los microorganismos de la superfi-  
cier, que ya afloja, ya en el ojo ó en sus anexos, vías  
lagrimales sobre todo, existen pueden invadir como-  
damente la superficie corneana.

El tratamiento a que recurriremos en casos semejan-  
tes sera el empleado actualmente con muy buen éxito  
en la clínica oftalmológica del hospital provincial  
de Madrid. Consiste en inyecciones subconjuntiva-  
les de azul de metilo, al 1 por 200 ó al 1 por 1000,  
pues se trata de un medicamento bastante activo.  
Cuando se forme hipopión y sea dudosa la re-  
absorción de la colección purulenta se practicara  
la paracentesis con una pica triangular. Estas  
dos operaciones se emplean en los casos de gran-  
des colecciones purulentas y se efectúan previa  
anestesia cocaína. Tampoco estarán clenas  
si adquirimos el convencimiento de que la in-  
fección

- fección proviene de las vías lagrimales el aten-  
- der a la curación de la dacriocistitis para evitar  
- posibles recidivas. Cuando los abscesos son peque-  
- ños y tienen comunicación con el exterior bastaran  
- las instilaciones de la misma disolución de azul  
- de metileno cuya acción es altamente microbicida.  
Cuando la ulceración de la cornea se presenta, de-  
- bemos, sobre todo si es central y la perfora, recurrir  
- al colirio de eresina para evitar las hermias del  
- iris y si se nos presenta el iris ya enlodado reu-  
- rriremos a la coagulación con el termocoanterio,  
- para impedir la formación de estafilomas.  
La xerosis, que es un estado particular de se-  
- gredad con atrofia conjuntival y lesiones cor-  
- neanas concomitantes, de grandísima gravedad  
- pues ordinariamente acarrea la perdida de la  
- visión, se presenta a veces consecutivamente

a las grammaciones. Las causas no estan bien establecidas pero debe entrar por mucho la atrofia de la glándula lagrimal. La conjuntiva apena se grega, los fondos de ojo se borran, la cornea pannosa al principio, se entifica y pone opaca hasta el punto de reducir la visión a la sola percepción de luz y oscuridad. No es raro, como dejamos dicho, el verla seguir al traumato como consecuencia de las lesiones que la cicatrización produce.

La pronóstico es grave por no conocerse un tratamiento eficaz. Las instilaciones de una sustancia grasa ó de una solución alcalina y la glicerina, vaselina etc coloradas en los fondos de ojo favorecen el deslizamiento de los párpados pero solo se usan a título de paliativos. Ollier aconseja la sutura de los párpados por largo tiempo. Los resultados obtenidos por la

blefarorrafia son buenas por el momento pero las recidivas son casi fatales.

Entre las lesiones consecutivas a la conjuntivitis granulosa, es muy frecuente el entropión, que sobreviene en el periodo cicatricial por un mecanismo ya descrito. El contacto del borde libre del párpado y de las pestañas que en él se implantan, sobre el globo ocular determinan dolor, sensación de cuerpo extraño y lagrimo, pronto se producen conjuntivitis y queratitis crónicas menos intensas cuando faltan las pestañas.

Para la corrección del entropión y de sus graves consecuencias se emplea, con gran éxito, la operación propuesta por Mr. Panas y que se efectúa del modo siguiente. Cloroformizado el enfermo aplicamos la espatula de cuerno o de otra materia dura, por debajo del párpado, en el fondo de saco correspondiente y emorenendamos a un

ayudante que la mantenga en esta posición fuertemente contra la cara posterior del párpado para prevenir la hemorragia. Un gancho, o erina, se hunde cerca del borde libre del tarso y sirve para estender el párpado. Se practica entonces a 3 milímetros por debajo de la línea de pestañas, una incisión horizontal que se estiende de la comisura externa al punto lagrimal correspondiente.

La sección interesa la piel y el músculo orbicular y pone al descubierto la cara anterior del tarso muy arrugada y a menudo engrosada por el proceso cicatricial.

Cojiendo con la mano izquierda una pinza de dientes de ratón recoge el colgajo colic que se divide con el bisturi bajo el orbicular hasta que se perciben claramente los bulbos de las pestañas reconocibles por su color. Hay que evitar el ir más lejos para no seccionar el borde libre. Se diseca

lo mismo el labio superior de la incisión hasta poner al descubierto el borde adherente del parpado y el ligamento suspensorio o aponeurosis orbitotarsiana. Un gancho sirve para tirar hacia arriba la piel con el orbicular y facilita la colocación de los puntos de sutura. Si el tarso esta un poco encorvado y suficientemente flexible se le respeta.

Ordinariamente esta arrugado, y antes de aplicar las suturas se le corta horizontalmente con el bisturí en todo su espesor, comprendiendo la conjuntiva de un extremo a otro; una sección incompleta no es admisible sino cuando el arrollamiento es parcial.

La disposición de las suturas es la siguiente; se comienza por atravesar con la primera aguja el ligamento suspensorio del tarso en su parte media la aguja se desliza bajo el pequeño colgajo muscular cutáneo inferior y sale por el borde

libre, inmediatamente detrás de las pestañas.

Otros cuatro puntos de sutura se colocan de igual modo dos en la derecha y dos en la izquierda. Ti-  
rando de los extremos de cada hilo se hace su-  
bir el pequeño colgajo cutáneo con el borde ciliar  
que se ectropioniza ligeramente, no quedando en-  
tonces más que amudar. El labio superior de  
la incisión cutánea dejada libre se coapta por  
si misma a la inferior suturada al tarso. En  
lugar de cortar los hilos al ras del nudo se fijan  
en la frente con celofán ó taftan. Despues se  
pone un vendaje con gasa y algodón seco, todo  
sujeto con algunas vueltas de vendita. A los tres  
ó cuatro días se quitan los puntos de sutura pro-  
tejiendo desde entonces al ojo con una pantalla  
de tela negra. Al fin del primer septenario se  
completa la cicatrización. Las pestañas y el borde  
libre recobran su primitiva posición y no suele

quedar cicatriz visible.

La triquiasis, producida por idénticas causas que el entropion y que hace que las lesiones sean más graves exige como tratamiento paliativo, y que debemos practicar inmediatamente se presente el enfermo, el arranamiento de los pestanas. Como tratamiento curativo lo mejor es devolver a los folículos pilosos ciliares su posición normal, lo que se consigue casi siempre con la operación que corrige el entropion.

Ectropion. Aunque se presenta rara vez en esta enfermedad, yo he tenido ocasión de observarla algunas veces. Se presenta ya al principio de la enfermedad, cuando los síntomas irritativos son más violentos, ya en el último periodo, cuando las acumulaciones han desaparecido o están en vías de regresión.

El mecanismo de esta complicación es sumamente sencillo; En el primer caso la inflamación determina una hinchazón considerable de la mucosa, la

cual, oprimida en todos sentidos por el orbicular confracturado, no tarda en formar hernia invirtiéndose. En el segundo caso la causa del ectropión es, ó bien la cicatriz, resultante de la destrucción patológica de la mucosa, sola ó, sobre todo en los viejos, acompañada de la atonía del orbicular. He podido observar casos de las dos clases. Cuando se acompaña de ectropión en el otro parpado, el pronóstico es grave pues el ojo, falto de protección, no tarda en sufrir graves trastornos. Debemos advertir que el ectropión doble es casi siempre resultado de cicatrices que nada tienen que ver con la enfermedad que nos ocupa.

El tratamiento del ectropión inflamatorio es el mismo que el de la enfermedad en sí, menos ocuparemos de él. En el caso de ser cicatricial el procedimiento de Marthon Jones es excelente y sencillo. Consiste en practicar dos incisiones forcados

- formando una V de vértice inferior, se desprenden -  
- de, el colgajo, de las partes profundas por disec-  
- ción; entonces ya se puede levantar el párpado  
inferior con lo que el vértice de la V queda dislo-  
- cado. Una vez que los labios de la herida oca-  
- pen su nueva posición, se reúnen por medio  
de un punto de sutura quedando la V converti-  
- da en Y. Para vez el ectropión cicatricial  
consecutivo al tracoma, y que asienta siem-  
- pre en el párpado inferior, exige una inter-  
- vención operatoria pues es muy ligero.

Simbleforon. Consecutivo a cicatrices de ulce-  
- ras y procesos inflamatorios, constituye en al-  
- gunos casos un obstáculo a los movimientos del  
ojo. El tratamiento consiste en seccionar la bri-  
- da que debe researse y suturarse el extremo  
conjuntival para asegurar su cicatrización.  
Cuando la adherencia comprende el fondo

de raro conjuntival las operaciones mejor combinadas meten fracasar.

**Blefarofimosis.** Muy frecuente es encontrarla en los tracornatosos antiguos, acompañada a veces de blefaritis y maderosis. Su genesis es la misma que la de las anteriores lesiones, el proceso cicatricial que constituye la terminacion de la enfermedad.

Su tratamiento consiste en la operacion llamada cantoplastia, que en ocasiones podemos considerar como previa a otras operaciones curativas de las granulaciones, tales como los raspados, escarificaciones etc. que serian imposibles o dificilisimos de practicar, de subrimir la blefarofimosis.

Consiste, la referida cantoplastia, en la reucion de la comisura, debera comprender la piel el musculo orbicular y la mucosa, en una extension de 10 a 13 milimetros en la prolongacion de la hendidura palpebral. Se ejecuta de un solo golpe

- pe, con la punta de un bisturi estrecho introdu-  
- cido por el fondo de raso conjuntival y saliendo  
- por la piel, ó con unas tijeras rectas; se separan  
- despues los dos párpados y se coloca un punto  
- de sutura medio para unir la conjuntiva a la  
- piel. Otros dos puntos de sutura, uno para cada  
- párpado bastan generalmente para obte-  
- ner la cicatrización regular y la corrección de  
- la deformidad.



De todo lo anteriormente expuesto pueden deducirse estas

### Conclusiones

- I El tracoma es una enfermedad parasitaria y transmisible.
- II El tracoma es una enfermedad sumamente frecuente.
- III No tratado ó indebidamente tratado, el tracoma, produce trastornos importantes en el globo ocular y en sus anexos, produciendo llegar la gravedad de tales trastornos, hasta a hacer precisa la enucleación.
- IV Dada la naturaleza contagiosa de la enfermedad, la profilaxis es de mucho interés.

V El tratamiento medio es suficiente cuando se ause a tiempo

VI De los tratamientos quirúrgicos, propuestos solo deben aceptarse, el raspado, la escarificación y la canterización, ya solas ya combinadas; por ser las únicas racionales.

VII El tratamiento de las complicaciones y el de las deformidades consecutivas, es el mismo que empleariamos, cuando tales lesiones se presentaran como primarias.



Madrid a 12 de Diciembre de 1902

Pablo González Muñoz

Admisible.

A. Flores Armando.

Amalia Grinens

Admisible

J. Rodríguez

J. Fernández

Ejecutado h. Mayo 20.  
Realizó el examen de doctor y otros la califi-  
cación de aprobados

J. Rodríguez

J. Fernández

A. Flores Armando,

Emilio Latorre

Manuel Grinens



